

du diaphragme, dont je crois avoir observé un cas, mais les observations présentées sous ce titre sont encore trop peu nombreuses et trop contestables pour établir définitivement cette affection dans les cadres nosologiques.

Je ne me suis occupé jusqu'ici que de la pleurésie diaphragmatique simple. Les mêmes symptômes se retrouvent dans les pleurésies qui, d'abord limitées à la région diaphragmatique, envahissent ultérieurement le reste de la plèvre; mais, chose remarquable que j'ai constatée plusieurs fois, et sur laquelle je reviendrai à l'occasion du pronostic, en même temps que l'inflammation se généralise, l'intensité des troubles fonctionnels diminue habituellement.

L'inflammation peut suivre une marche inverse : ainsi l'apparition soudaine des symptômes que j'ai décrits coïncidant avec l'aggravation de l'état fébrile a révélé à Lerminier, dans un cas cité par M. Andral, le développement d'une pleurésie diaphragmatique, et l'autopsie a confirmé ce diagnostic.

Pronostic. — La pleurésie diaphragmatique s'annonce dès le début par des symptômes qui indiquent une maladie grave; le diaphragme, cet agent si important de la respiration, est immédiatement troublé dans ses fonctions; l'inflammation, en effet, apporte à l'action de ce muscle un obstacle dynamique par la modification qu'elle détermine dans l'innervation, d'où résultent la douleur et peut-être une diminution de la contractilité musculaire indépendante de la douleur, effet que l'on observe constamment dans tous les muscles voisins d'un foyer d'inflammation.

Quand un épanchement se forme, il constitue un obstacle mécanique qui s'oppose à la contraction des fibres musculaires, qu'il refoule en bas, et annihile complètement leur action quand leur courbure est effacée; alors le côté sain continue seul à agir : qu'on ajoute à ces circonstances les connexions du nerf phrénique avec des nerfs importants qui peuvent subir le retentissement de l'action morbide, et l'on comprendra la gravité de cette affection, reconnue par la plupart des auteurs (1). Laennec a émis une opinion contraire; la pleurésie diaphragmatique simple constitue, pour lui, « un cas peu grave; on en rencontre rare-

(1) *Si morbus pleuritidis similis occupat eam membrana pleurae partem quae diaphragma ambit, vel ipsum septum transversum, oritur morbus dirus quem paraphrenitidem vocant* (Boerhaave). Juncker, Frank, Borsieri, regardent la paraphrénésie comme une maladie grave.

ment dans les autopsies, on trouve souvent des adhérences anciennes qui unissent le diaphragme au poumon ». Cette conclusion ne me paraît pas suffisamment justifiée; il aurait fallu établir d'une manière plus rigoureuse la fréquence relative de ces adhérences dont il parle et des épanchements constatés à l'autopsie; il n'a pas spécifié si ces adhérences, si fréquemment rencontrées par lui, étaient toujours bornées à la région diaphragmatique.

Dans l'affection tuberculeuse, le poumon peut quelquefois s'envelopper d'adhérences par un travail lent, presque insensible, variété de pleurésie sèche où manquent la plupart des symptômes de la pleurésie aiguë. Ces faits ne peuvent entrer en compte quand il s'agit d'apprécier la gravité des inflammations pleurales. Par contre, M. Andral en rapporte cinq observations; dans toutes, la maladie s'est terminée par la mort. Qu'il y a loin de ce résultat à l'assertion de Laennec! Moi-même j'ai vu trois fois la même terminaison. Dans deux cas, il est vrai, des complications graves (une pleurésie générale dans l'un, une pneumonie dans l'autre) ont contribué certainement à la terminaison funeste, et ces deux faits perdent presque toute valeur pour la solution de la question que nous agitions ici.

Cependant si Laennec semble avoir fait le pronostic un peu trop favorable, je crois que la gravité de la maladie formulée par les anciens d'une manière si absolue est une grande exagération; cette exagération trouve d'ailleurs une excuse dans l'obscurité du diagnostic; les signes à l'aide desquels on reconnaissait l'existence de cette maladie ne se rapportaient qu'aux cas où les troubles fonctionnels étaient le plus accusés, qu'à ceux par conséquent qui offraient le plus de gravité. La pleurésie diaphragmatique dans ses formes bénignes passera souvent inaperçue pour ceux qui ne tiendront pas compte de tous ces signes délicats que j'ai indiqués plus haut, et depuis que mon attention s'est dirigée sur ce sujet, je l'ai vue le plus souvent se terminer par la guérison. Bien entendu, que dans cette pleurésie comme dans toutes les autres, la nature de l'épanchement est un élément essentiel du pronostic. La pleurésie purulente toujours grave l'est bien plus encore dans cette variété. L'épanchement peut, comme nous l'avons vu, s'ouvrir une issue dans le péritoine, et d'une autre part, il est bien difficilement accessible aux moyens chirurgicaux, si même il est permis de songer à leur emploi. La possibilité de reconnaître la maladie dès le début et de lui opposer un traitement énergique avant qu'elle n'ait acquis un très-grand développement, augmente évidemment les chances favorables, et je suis porté à croire que dans

les pleurésies diaphragmatiques simples auxquelles on oppose un traitement opportun, la terminaison est le plus souvent favorable.

Chez plusieurs malades, après des symptômes dont la violence m'avait inspiré de sérieuses inquiétudes, la pleurésie s'est généralisée et l'état des malades s'est amélioré rapidement. Je crois qu'on peut expliquer ainsi ce phénomène : quand une collection liquide, limitée par la base du poumon, refoule en haut cet organe, repousse en bas le diaphragme, c'est alors, nous l'avons déjà dit, que la respiration est surtout gênée; d'ailleurs l'inflammation, en se circonscrivant, semble devenir plus profonde; les nerfs, les vaisseaux diaphragmatiques, sont comprimés; le tissu musculaire lui-même finit quelquefois par être altéré, ulcéré, et par livrer passage au pus qui fait irruption dans l'abdomen. Si, au contraire, l'épanchement franchit les limites de la région diaphragmatique en soulevant le bord du poumon, il s'échappe dans la cavité costo-pulmonaire en permettant à ce lobe inférieur une plus libre expansion, et surtout en délivrant le diaphragme du principal obstacle qui s'opposait à ses mouvements.

Ai-je besoin de dire que la perforation de ce muscle ajoute beaucoup à la gravité du pronostic, puisqu'une péritonite plus ou moins étendue, et presque fatalement mortelle, est la conséquence nécessaire de cet accident?

Je ne terminerai pas ce qui a rapport au pronostic sans faire remarquer que le délire est un symptôme très-grave et qui ne paraît avoir été guère observé que dans les cas funestes.

Les hoquets, les vomissements, reparaisant après une interruption de plusieurs jours, ont encore été d'un fâcheux augure.

Anatomie pathologique.— À l'autopsie, on trouve les lésions suivantes : injection, exsudation plastique à la surface des plèvres; d'autres fois épanchement séro-purulent circonscrit entre le diaphragme et la base du poumon, refoulement du poumon et du foie; dans d'autres cas, collection de pus. Les épanchements partiels, comme le remarque Laennec, sont souvent purulents.

S'il y a perforation du diaphragme, des fausses membranes revêtent le bord de l'ouverture qui fait communiquer le thorax et l'abdomen.

Lorsque l'épanchement est un peu abondant, il refoule très-fortement le tissu du poumon, parce qu'il ne peut s'étendre autrement, et le creuse de manière qu'au premier aspect on serait tenté de croire qu'il est corrodé; mais si, après avoir évacué le pus, on enlève la fausse membrane

qui tapisse le foyer, on reconnaît que le poumon est simplement refoulé et que la plèvre même est intacte (Laennec).

Le même auteur discute longuement le mode de développement des pleurésies circonscrites : « L'inflammation, dit-il, se développe plus difficilement et plus rarement dans une plèvre dont les feuillets ont contracté des adhérences que dans une plèvre saine : voilà pourquoi, sans doute, quand un travail inflammatoire se manifeste dans une portion de plèvre entourée par des adhérences anciennes, il n'en franchit point la limite; l'épanchement est renfermé dans une fausse membrane qui tapisse exactement les parties environnantes. Une adhésion complète des deux feuillets opposés de la plèvre n'est pas nécessaire; des adhérences même assez lâches suffisent le plus souvent pour limiter l'épanchement : celui-ci remplit le plus souvent tout l'espace circonscrit par les bords du poumon; dans certains cas, il n'en occupe qu'une partie.

« Une pleurésie circonscrite, continue Laennec, peut se former d'une autre manière : dans les pleurésies très-légères, et particulièrement dans celles qui accompagnent une pneumonie, il arrive souvent qu'il n'y a d'exsudation pseudo-membraneuse que sur les bords tranchants du poumon et de ses scissures; si la fausse membrane s'étend au delà, elle est partout ailleurs d'une extrême ténuité, tandis que sur les bords mêmes elle forme une sorte de filet d'un blanc jaunâtre opaque; ces filets pseudo-membraneux, venant à s'agglutiner aux parties opposées de la plèvre, parce que l'épanchement séreux est alors presque nul, si, au bout de quelques jours, il survient une recrudescence d'inflammation, cette inflammation et l'épanchement qui en résulte se circonscrivent quelquefois dans la partie de la plèvre cernée par l'agglutination dont nous venons de parler. La pleurésie de la première espèce complique presque toujours des maladies plus dangereuses, et principalement la phthisie pulmonaire; celles de la seconde sont en général un cas peu grave. » Il pense, en outre, que l'exsudation pseudo-membraneuse précède un peu celle de la sérosité, et que cette matière, plus molle, est refoulée sur les bords du poumon par un effet mécanique de la dilatation de cet organe. Cette théorie ingénieuse, applicable à un certain nombre de pleurésies circonscrites, peut-elle les expliquer tous? Est-il toujours nécessaire de faire intervenir une recrudescence ou une récurrence de l'inflammation? L'exsudation plastique, qui en est la conséquence immédiate, peut très-aisément déterminer l'adhérence des deux feuillets de la séreuse dans cette étroite gouttière costo-diaphragmatique où s'engage le bord tranchant du poumon, et ce bord forme déjà,

par cette disposition, une sorte de barrière pour les liquides sécrétés entre la base du poumon et le diaphragme. Ainsi je conçois très-bien que la production des fausses membranes et de l'épanchement puisse être successive ou simultanée, et que ce dernier puisse rester circonscrit sans qu'il soit nécessaire de supposer une rémission et une exacerbation du travail inflammatoire.

Le traitement n'offre aucune indication spéciale; il faut combattre énergiquement l'inflammation, et modérer la douleur, qui, par une influence en retour, augmente la fluxion qui la provoque. Depuis trente ans je n'ai pas rencontré l'indication des saignées générales dans les maladies inflammatoires de la population parisienne et je les ai abandonnées, convaincu que la faiblesse et l'anémie prolongent la durée de ces maladies et peuvent en aggraver le caractère; on se contentera, quand l'état des forces le permettra, d'appliquer des ventouses autour de la base de la poitrine, pour exercer une action à la fois dérivative et déplétive sur les vaisseaux du diaphragme. En même temps, les narcotiques (la belladone, les préparations opiacées) seront administrés à l'intérieur, et appliqués, sous forme de topiques, sur les régions douloureuses. Ils sont surtout indiqués dans cette forme de pleurésie où les troubles d'innervation sont si prononcés. Dans les cas graves, j'ai habituellement donné en même temps le calomel, qui, dans les inflammations des membranes séreuses, semble diminuer la tendance à la suppuration. Le malade fera usage de boissons diurétiques. On ferait appel aux purgatifs, s'il y avait de la constipation. Enfin, quand l'irritation circulatoire est calmée sous l'influence de ces moyens, ou, dès le début, quand la réaction est médiocre et le sujet débilité, des vésicatoires doivent être employés en ceinture autour de la base de la poitrine.

DE LA THORACOCENTÈSE

DANS LES ÉPANGHEMENTS PLEURAUX ANCIENS (1)

Sommaire. — Deux observations de thoracocentèse pratiquées l'une dans un cas d'épanchement pleurétique datant de quinze années, et suivie d'une amélioration considérable; l'autre, dans un cas de pleurésie remontant à près de deux ans.

Procédé de M. le docteur Moutard-Martin.

Transformation du pus en une émulsion de matière grasse et disparition des leucocytes.

Phénomènes anomaux liés au déplacement du cœur.

MESSIEURS,

On admet généralement que, dans les épanchements purulents de la plèvre, la thoracocentèse est souvent inefficace, et que l'ancienneté de l'épanchement est une contre-indication à cette opération. Dans ces conditions, en effet, le poumon est habituellement enveloppé de fausses membranes nombreuses, résistantes, qui s'opposent à son expansion; l'évacuation complète du liquide peut être impossible; la ponction ne procure qu'un soulagement très-incomplet. Le plus souvent l'épanchement ne tarde pas à se reproduire, quelquefois avec des phénomènes généraux alarmants. En outre, si le cœur est déplacé, fixé par des adhérences dans une situation anormale; si son tissu, ce qui n'est pas rare, a subi le retentissement du travail morbide développé dans la plèvre, la soustraction brusque d'une quantité considérable du liquide épanché peut provoquer des troubles circulatoires qui ne seraient peut-être pas sans importance.

Ce dernier inconvénient, qui est peu sérieux, se retrouvera dans toutes les opérations qui auront pour objet d'évacuer le liquide pu-

(1) Leçon publiée dans la *Gazette hebdomadaire*, 1872.